

特別寄稿

終末期で在宅生活を希望した壮年期女性患者の家族支援 ～家族構成員である夫・娘・息子への関わりを振り返る～

盛岡赤十字病院 緩和ケア病棟²⁾ 緩和ケア科¹⁾

熊谷 周子²⁾・菊池 睦恵²⁾・佐々木美穂子²⁾

泉田 美奈²⁾・旭 博史¹⁾・畠山 元¹⁾

キーワード：終末期 在宅 退院支援 家族ケア

はじめに

今回、妻の「退院したい」という希望に添いたいと思いつつも退院後の生活や医療処置に不安と負担を抱えていた夫に関わり、娘・息子を巻き込んで退院支援を行ったことが夫の不安の解消と退院後の妻の生活を支えていくという自信に繋がり、在宅に移行することができた事例を報告する。

I. 事例紹介

A氏, 40歳代, 女性, 子宮体癌術後再発

家族構成：夫, 子供2人（娘19歳・息子18歳）, 義母（脳梗塞既往あり在宅介護中）の5人暮らし。
＜緩和ケア病棟入院までの経過＞

子宮体癌にて手術・化学療法施行。発症から6年後、疼痛コントロールしながら自宅療養していたが体調悪化し入院。癌進行・直腸浸潤あり瘻孔形成。体動困難で側臥位しかとれず肛門より便が垂れ流しの状態。肛門機能喪失・筋膜壊死あり。肛門周囲から左臀部にかけて腫脹・びらん・発赤あり。本人と家族へIC行い緩和ケア科を希望される。

II. 研究方法

1. 分析方法

入院期間を「入院～疼痛コントロールの時期」

「ADL拡大～外出・外泊を繰り返した時期」
「退院支援～自宅退院の時期」の3つの期間に分け、患者・家族の言動や医療スタッフの対応を振り返った。

2. 倫理的配慮

本研究は病院倫理委員会の承認を得た。

III. 結 果

1. 「入院～疼痛コントロールの時期」

入院時カンファレンスでは、症状緩和のために硬膜外麻酔についてと人工肛門造設の2点があがり、本人・夫から「お任せします」と返事あり。人工肛門造設術・肛門周囲膿瘍切除・硬膜外麻酔チューブ留置。術後、臀部痛なし。徐々にADL拡大。

2. 「ADL拡大～外出・外泊を繰り返した時期」

リハビリ開始となり室内伝い歩き可能。外泊希望あり、患者はケア全般を夫に任せたい気持ちがあつたが、夫だけではなく娘と息子へもストーマケア・臀部処置について指導。子供たちは積極的に手伝ってくれる。外出・外泊を繰り返すが、家族の負担軽減のため、本人へセルフケアの指導進める。

3. 「退院支援～自宅退院の時期」

患者は自宅での療養を希望され、夫は「本人の気持ちに添いたい」と話す。退院支援進めるが外

出・外泊時に出血や体調不良等もあったため、退院近くなってくると本人や夫から不安の表出あり。MSWや看護師の面談で不安の軽減に努める。徐々に前向きな言動が聞かれるようになり、自宅退院できた。

Ⅳ. 考 察

娘や息子にもケアに参加してもらうことで役割を分担することができ、夫の負担の軽減に繋がった。しかし、退院が近くなってくると本人・夫ともに不安がみられ、一番の支えとなる夫の精神的負担は大きかった。夫が不安を表出した際に関わった看護師が、夫の辛い気持ちを聴くことが出来たのをきっかけに夫への面談を続け、夫が思いを表出する場を提供したことで精神的な負担の軽減に繋がった。本人の気持ちに添いたい夫の思いを大切にしながら関わることで、夫の思いを支えることができ、患者の「退院したい」という希望を叶えることが出来た。家族に対する関わりが患者の目標達成に繋がったも

のと考える。

（本論文の要旨は平成27年6月19日 第20回 日本緩和医療学会学術大会で発表した）

文 献

- 1) 藤原裕美ら，在宅へ移行するための要因：緩和ケア病棟から自宅療養へ，Jpn J Cancer Chemother 27 (Suppl.III)：649-652, 2000
- 2) 田代真理，家族に焦点を当てたターミナル患者の退院調整カンファレンス，家族看護選書第5巻終末期の家族看護・グリーフケア，2012
- 3) 平井由佳ら，癌患者を支える家族のQOL，J Yonago Med Ass 53, 199-206, 2002
- 4) 野嶋佐由美，退院という課題に取り組む家族への看護のあり方，家族看護03, 2004, Vol.02, No.01

表

1. 「入院～疼痛コントロールの時期」

月日	患者の病状	家族の言動	医療スタッフの対応
12/2～	緩和ケア病棟入院。 安静時 NRS3～4 直腸瘻のため排便で疼痛増強。 排便後 NRS7～8 排便が気になり食事を控えている状態。 ほとんど経口摂取していない。 臀部から左大腿部後側にかけて発赤あり。 臀部広範囲の筋膜壊死。 疼痛により仰臥位困難で起き上がることもできないため、ベッド上で側臥位を保ったままの生活。 疼痛が落ち着いているときには笑顔で会話できる。 ストーマ造設に関しては「お任せします」と返事。手術を目前にして、本人からは「人工肛門で食べられるようになるのは嬉しい。自分の身体が少しでも自由になれば…今の一番の希望。」という言葉が聞かれた。	入院時病状説明時 家族として、してあげたいことは？の問いかけに 夫「正月に外泊に連れて行ってあげたい」「誕生会を開きたい」と希望あり。 夫は仕事の合間をぬって毎日面会に来ていた。	＜入院時病状説明＞ 医師より「元気なので食べられるなら食べてもらいたい。ストーマ造設すれば直腸に便がいけないので良いかと思う。手術する元気があれば、それも選択の一つ。予後1か月で紹介されたが、どうなるか分からない。本人が手術を希望しなければそれでいい。目標があるのなら、本人が楽になるのなら手術をしてもいいかなと思う。」と話される。 ＜入院時カンファレンス＞ 硬膜外麻酔について麻酔科医と相談・ストーマ造設し苦痛の軽減をはかる、以上2点を共有。 麻酔科医へコンサルタント。本人へ硬膜外ブロック持続法について説明。夫と相談して決めることとなった。

月日	患者の病状	家族の言動	医療スタッフの対応
12/6 ~	12/8 外科病棟へ転棟。 12/10 回腸瘻造設。肛門周囲膿瘍切開・切除施行。硬膜外麻酔チューブ留置。仰臥位になれると喜んでいる。臀部痛なし。臀部創の処置中の痛みもほとんどなし。 手術翌日、緩和ケア病棟へ転棟。食事摂れるようになり、NRS0～1。自力端坐位可能。軽介助で立位も可能。リハビリ開始となり、徐々にADL拡大。	手術前後は夫・母・姉が主に面会に来ていた。	術前多職種合同カンファレンス実施（医師・病棟看護師・手術看護認定看護師・皮膚排泄ケア認定看護師） 経過・現在の状態・手術内容・術前術後の段取りの情報を共有。 夫と姉へ、ストーマ造設について食事が摂れること・肛門部の処置の苦痛を軽減させること・癌に対する治療ではなく・手術の手技、合併症・体力的な問題はないこと、以上を説明。 12/13 リハビリオーダー

2. 「ADL拡大～外出・外泊を繰り返した時期」

月日	患者の病状	家族の言動	医療スタッフの対応
12/15 ~	硬膜外麻酔チューブ抜去。臀部の感覚戻ってくる。重苦しさ・圧迫感・搔痒感あり。痛みはなし。 「お正月、出来れば外泊したいな。痛み止めのことと、ストーマと、お尻のことが心配。自分で処理できればいいんだけど、家の人には見せたくない。でも、やってもらおうとしたらお父さん。お父さんは世話好きで、そういうのもハイハイって淡々とやってくれるから。」「外泊を繰り返し、いつか家に帰れるといい。」「結構大変だけど、家には家族がいるから。息子や娘が嫌がらずに便の処置をしてくれて、なんかホッとしました。ありがたいです。」 ストーマの便処理、手技問題なく出来る。 リハビリでは歩行器を使用しての歩行練習開始。	12/15は家族で誕生会。午後から夫や娘、母、姉、父、兄の面会もあり談笑している。 戸惑いながらではあったが、夫、ストーマ交換の一連の流れを見学しながら、面板を貼る行為を行ってみる。 娘が積極的にケア介入してくれる。 実母面会時、ストーマの便処理を見学する。 息子も、役割をお願いすると色々アイディア出してくれる。 夫は、子供たちの様子を頼もしげに見守っている。	本人へのストーマケアの指導進める。 外泊に向けて、家族の協力が必要であることを説明。WOC ナースより、ストーマ指導について夫へ見てもらいたいと依頼あり。ストーマケア指導について夫へ伝える。 カンファレンスでは、本人の希望をふまえ年末年始の外泊を目標にケアを進めていくこと共有。 WOC ナースも立ち会い、夫と娘へストーマケアの指導を入れる。夫、娘と一緒に臀部創洗浄のため一般浴室でシャワー浴の指導。 脱衣・シャワー浴・ストーマ洗浄・着衣まで一通り家族と一緒にやる。 夫と相談し、本人にかかる労力や負担、自宅浴室の環境も考え、外泊中はポータブルトイレに座っての臀部洗浄をすることにした。情報はスタッフ間で共有。
	12/27 外泊前の多職種合同カンファレンス (本人・夫・娘、医師、病棟看護師、WOC ナース、担当理学療法士) 不安なこと ・臀部の処置：2～3日、洗浄の練習をしてみて家で処置できる方向にしていく。 ・ストーマ管理：外泊前に家族と一緒に貼り換えをする。 ・疼痛：CSI はバクスターインフューザーにして管理を簡単にする。レスキューはオキノーム内服で対応。 以上に加えて ・移動時や立ち上がりの際は必ず誰かと一緒に行い転倒を予防すること。 ・24 時間電話相談可能であり、何かあったらすぐに病院に来ていただくことを説明。 カンファレンス後、WOC ナースより家族へ創部処置・ストーマ貼り換え・収尿袋の取り扱い指導が入る。 その後、リハビリ時に家族へ歩行介助の指導が入る。		

特 別 寄 稿

月日	患者の病状	家族の言動	医療スタッフの対応
12/31 ～	12/31 ～ 1/1 外泊 「すごく良かった。次の日くらいから慣れてきたんだけど家の人が疲れちゃって。」 夫と娘に付き添われて笑顔で帰院する。もう一泊してもよかったが、家族の疲労があり予定通り帰院したとのこと。家族や病院スタッフのお蔭で良い外泊だったと話される。	外泊中困ったことは、夜の処置が疲れたことと、ストーマ装具が剥がれるのが心配だったこと。 ストーマはこまめに開け、水様便の時は A キャッチ使用し貼りかえることなく過ごせた。創処置は全部で 12 回行った。	12/31 夕方に自宅へ電話し様子を伺う。今のところ痛みは落ち着いておりストーマ漏れもないとのこと。
1/12 ～	1/12 には娘の成人式の着付けを見るために美容院まで外出。 1/21 ～ 22 外泊。 1/29 外出。 車椅子を押して歩行しており、パット交換も自分で行っている。 ストーマ面板交換は見守りのもとセルフで行う。 食欲あり、病院食の他に食べたいものを差し入れてもらっている。	1/12 外出、夫「なんとか大丈夫でした。自分は着付けしているところは見れないのでお義母さんに頼みました。」 夫面会時に、車椅子と一緒に売店に行ったり、食堂で食事したりすることあり。	前回の外泊時、家族の疲労が大きかったことから、パット交換を自分で行ってみよう WOC ナースより本人へ提案あり。 物品を準備したワゴンをベッド脇に置き、パット交換の準備から交換、後片付けまで行ってみる。日中はセルフで行ってみることにする。

3. 「退院支援～退院までの時期」

月日	患者の病状	家族の言動	医療スタッフの対応
2/5 ～	2/5 外出。 「目標は家に帰ること。」と、後々は自宅での療養を希望される。 これまでの治療過程で夫が自分の希望を叶えるために常に努力してくれる存在であり、心の支えだと話す。子供に対しては、母として十分に機能できない申し訳なさを感じている、と。	夫「そう言っていることは知ってました。本人が帰りたいというのであればそうしてあげたい。」「本人の意志を尊重したい。」	2/5、外出前に医師・看護師が夫と面談。本人が自宅退院を望んでいることを伝え、家族の受け入れについて確認する。 夫は、本人が自宅退院を希望していることを承知しており、本人の気持ちに添いたい気持であることが確認できた介護保険の申請と在宅での支援体制について説明する。 2/7 合同カンファレンス (医師・病棟看護師・MSW・WOC ナース) 本人の希望は「退院したい」「子供のお弁当作りたい」 夫の希望は「本人の意志に添ってあげたい」「本人の意志を尊重したい」 CSI からフェントステープへスイッチング中。いずれ CSI 中止の予定。 今後起こりうることは、疼痛と出血。 以上を情報共有。 自宅退院後の訪問診療・訪問看護は継続していく方向。
2/10	2/10 自宅退院に向けて MSW と本人・夫・姉が面談 退院の希望時期は 3 月になってから。訪問診療と訪問看護の必要性を理解されているが、経済面での心配をしている。非課税世帯で、高額医療限度額も多数該当。訪問診療・訪問看護・薬局に一時的に支払う金額が 1 か月 *** 円くらいかかるが、*** 円を超した分は戻ってくることを説明し承諾いただいた。 今後の予定 2/17 に退院前合同カンファレンス 2/24 の週にケアマネの自宅訪問 3 月早々退院の予定		

月日	患者の病状	家族の言動	医療スタッフの対応
2/11 ~	<p>2/11 ~ 12 外泊。 外泊中本人から電話あり。16時半にパット交換した際、パット一面に出血があったとのこと。腹痛なし。 「外泊の間、お父さんの方が“痛くないか？痛くないか？”って何度も心配して、早めにオキノーム飲んでたんです。」 「外泊した時は、娘に頼むのが申し訳なくて、自分やお父さんに色々手伝ってもらいました。」 2/18 ~ 嘔吐あり。食事摂取しても嘔吐してしまうため、一時食事中止。徐々に症状改善し、経口摂取できるようになるが、摂取量が多いと腹痛出現。スルメや肉類を好んで摂取している。少量ずつ摂取するよう指導するが、気持ちが満足するまで食べてしまう傾向にある。車椅子を押して歩行していることもあるが、ベッド上で臥床している時間も増えてきた。</p>	<p>娘が近々退職予定。祖母の介護と母の付き添いが目的とのこと。娘が自宅にいることで夫も安心して仕事ができる。家族で話し合い決めたこと。 夫「出血したからすごく心配ですぐに帰ってきました。また出血しないか心配です。」 「前よりも食べられなくなりましたね。」 健康だったころと比較して、食事量が減ったことを気にされている。1回の摂取量が多いと、腹痛や嘔吐の原因となるため、本人が食べ過ぎないように抑えてほしいことを説明されているが、妻の要望に応えたい気持ちあり。食事に関しては本人の希望に合わせて差し入れてくれる。体調不良時は本人の側で心配そうに寄り添っている。</p>	<p>電話での対応：出血増強や腹部症状出現時は、連絡後いつでも帰院していいこと伝える。以後、連絡なし。 2/17 退院前合同カンファレンス（医師・病棟看護師・往診クリニック医師看護師・座在宅訪問看護師・ケアマネジャー） ・退院までにストーマケアの指導進めていく ・退院予定は3/3頃。同日、訪問診療・訪問看護の対応可能 ・2月末にケアマネに自宅訪問してもらい、家屋環境確認に必要なサービス検討していく 食事摂取について、本人へ、一度に食べ過ぎないこと、少しずつ摂取するよう指導。夫へ、今は食事摂取量よりも食べたいものが食べられることの方を大事にしてほしいことと、摂取するのは胃にあまり負担がかからないような消化の良いもののほうがいいこと説明。</p>
2/25 ~	<p>「3月の第1週くらいに帰れば。」 2/25 ~ 26 外泊。 2/27 CSI 中止。 「以前もそうだった。痛み止めを減らしたり、また食べられなくなったらどうしようと思うと体が硬くなって涙が出てくる。」 会話中、涙を溜めている。 「(CSI) なくなって心配だったけど、ぐっすり眠れました。」</p>	<p>夫「体力が落ちてきている。(CSI) 止めたら情緒不安定になり泣いた。またあの時のように痛くなったらどうしようかと不安になったんだと思う。退院については3/10頃、と本人が話している。先日、ケアマネさんに家に来てもらい、部屋とか風呂場とか見てもらった。今すぐ揃えるものはなさそうだと。マットレスなど必要な時に依頼することにした。家に帰って、痛いと言われたときが心配。病院だとナースコールですぐ対応してくれるが自宅ではそうはいかない。一緒にいる娘も不安だと思う。あと、出血の可能性もあると言われている。そうなったときは、そのまま亡くなることもある。それから、食欲がないのも心配。外泊の時には焼肉が食べたいと言うが、3分の1位しか食べられない。日によって食べたいものも変わる。時々記憶が飛ぶこともあるようだ。」 「本人が帰りたいというのでそうさせたいと思っています。退院については3/10ということで本人とも話し合った。」 2/28 夫が相談室に来室。MSW と面談。自宅で過ごすことへの不安を訴えていた。MSW より、入院中にレスキューの使い方を確認しておくこと、何かあれば往診クリニックの医師や看護師が対応していけることを説明。出血し、そのまま看取りとなった場合、まずは往診クリニックへ連絡を入れることを確認した。 病棟看護師が夫と面談 夫「前より眠っていることが多くなった。話をしても一点を見つめて話したり、話が飛んだりする。薬の影響もあるんでしょうね。痛くない方がいいんですけどね。食欲がなくなったようで、病院食もあまり食べないし、家に帰ってきても前の3分の1しか食べない。魚が好きでよく食べていたが、最近は肉ばかり食べている。肉を食べると傷の治りが良いと思っているようだ。家に帰ってきたら、本人がベッドで自分は隣に布団を敷いて休んでいる。やっぱり気になって眠れない。それでも、退院まで出来るとは思わなかったから。本人が帰りたいというのでそうします。なんでこんな病気になったんだろうとか、父も入院してるし、母も脳梗塞で右片麻痺だし、なんで俺ばかりこんなに介護しなきゃいけないんだろうって思うことがある。辛くなって車の中で泣くこともある。子供たちにはこのことは話せない。夫婦のこともあるし。今までこんなに話したことはなかった。話したら少し楽になりました。」傾聴する。</p>	

特 別 寄 稿

月日	患者の病状	家族の言動	医療スタッフの対応
3/1 ～	3/1 外出。外出中体調不良あり帰院。嘔吐。 3/3「退院まであと一週間。本当に大丈夫かなあって思って不安になる。この前の外出の時も具合悪くして旦那にこんなんで退院本当に大丈夫かって言われたし、心の相談は誰にしたらいいんだろ。」「家に帰ってからのことが自信がないです。困ったとき、色々なことを誰に相談したらいいのか悩みます。主人はなにかあったらすぐに病院に戻るからってそればかりだし。」「いろいろ不安で。旦那は3日とか1週間外泊して何もないければ自信つくんじゃないかって言っていました。自信つけてから退院したいとも思ったけど、このまま退院でもいいかなと思ったりもして。退院が近くなってきて、本当に大丈夫なのか心配で。」	「性格的に、自分でやらないと気が済まない。誰かに任せるっていうことが出来なくて。だから大変なものわかってる。でも、今は娘が家にいてくれるから安心です。頭がボーっとして、運転中に赤信号に気付かないこともあった。車の中で叫んでることもあります。正直、辛いです。でも、こうやって喋ってるだけでずいぶん楽になります。だから大丈夫です。また声かけてください。」一通り思っていることを話され、いつも最後には笑顔で患者のもとへ戻って行った。	本人より、退院後の不安表出あり。訪問看護と往診の利用の仕方、ケアテックの利用法、薬のもらい方などあやふやなこと多々あり、質問に対し一つ一つ答える。 本人も含めてMSWと面談設定。 夫来院時、時間をみつけて夫の気持ちを傾聴。
3/5	MSWと本人・夫・長女 退院後の生活サポート体制について面談 在宅チームメンバーの役割について再度説明。 訪問診療・訪問看護・ケアマネ・ストーマ用品取扱店のほか、薬については本人・家族の希望で在宅薬剤管理指導を実施できる〇〇店を利用予定となる。ストーマ用品の注文については「私も聞きました。わかります。」と長女が話す。それぞれの事業所ごとの契約となるが、在宅チームとして情報共有をしながら対応していること、日々の療養上の悩みなどは一番訪問頻度の高い訪問看護師へ相談するのが良いと説明。 退院が不安であれば、次回の入院日を決めて退院してもいいのではと提案したが、1か月もすれば家での生活にも慣れると思うので大丈夫ですと本人。また、「元気になれば、訪問診療でなく日赤の外来に来てもいいかな…」と話されたので、なるべく体力を温存して好きなことに時間を使った方がいいのでは、と言うと「そうですね。」と。 3/10 退院予定。		
3/6 ～	「退院が近くなったら色々心配でしたが、訪問の医師は週2回、看護師さんは3回来てくれるって聞いて安心です。ストーマは娘が声かけてくれるので。」 体調に波があり、食事摂取量にムラがあるが、食べたいものを食べたい時に摂取できている。肉類やスルメなど、消化に負担のかかるものを好んで食べる傾向あり。胃痛・嘔吐も時々みられる。眠気強く傾眠傾向。	夫「出血や痛み、体調が悪くなったときとか不安はある。まず、やってみるか。色々ドライブしたり、今のうちにいろんな所へ連れて行ってあげたい。花が好きだから球根を買って庭に植えたりして。」 娘、ストーマ交換手技問題なし。家族へ薬剤指導入る。 退院後は、訪問看護師が来る日に合わせて入浴し、訪問看護師にストーマ交換をしてもらう予定。フェントステープは夫が交換。夫は、最近本人が眠りがちであり、いつレスキューを使用したか忘れがちであると心配している。	担当看護師が夫と娘へ退院後のことについて、何かあればすぐに相談すること、家族だけで頑張りすぎないこと、症状出現時の対応について確認しながら説明。 医師より、婦人科へ緊急入院時の対応を依頼。本人・家族へは調子の悪いときはいつでも戻ってきて構わないことを説明。
3/10	「大丈夫です。家に着いたらすぐ寝ます。心配はないですね。すぐ戻ってくるかもしれませんが。」 11時45分、自家用車で退院。	看護師より夫・娘へ 突然の痛みで一番に心配されるのは、たくさん摂取したあとの胃の痛み。寝る前には消化の悪いものの摂取は避けた方がいいこと説明。 フェントステープ貼り換え時間は、夫が必ず貼り換えできる20～21時に行うことにする。	